

## ACUERDO PARA REDIMIR RESPONSABILIDAD

Michigan Department of Labor & Economic Growth  
 Workers' Compensation Agency/Board of Magistrates  
 PO Box 30016, Lansing MI 48909  
 Departamento de Labor & Crecimiento Económico  
 Agencia de Compensación para Trabajadores/Tribunal de Magistrados  
 P.O. Box 30016, Lansing MI 48909

Nombre del demandante	Número de seguridad social	Dirección
Patrón/empleador	Compañía de seguros	

Los grupos arriba se representan como siguen:

\_\_\_\_\_ era un empleado de \_\_\_\_\_

y en la fecha \_\_\_\_\_

el empleado recibió una herida que resultó de y durante su empleo y que seis (6) meses han transcurrido desde la fecha de la herida y que:

(En el espacio arriba escriba ud. los detalles siguientes: total de compensación pagada hasta la fecha, la invalidez actual del empleado, y las razones por qué desea ud. una redención de responsabilidad.)

Está de acuerdo por y entre los grupos que el departamento entra una demanda en esta causa que provee que la suma de

\_\_\_\_\_

será pagada inmediatamente por el empleador/compañía de seguros a \_\_\_\_\_

y que en tal pago la responsabilidad del empleador/compañía de seguros para el pago de compensación para la incapacidad o herida dicha sera redimido de acuerdo con Secciones 418.835, 418.836 y R 408.39 de La Acta de Compensación de la Incapacidad de Trabajadores.

Fecha \_\_\_\_\_

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Empleado o dependiente(s)  
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Abogados para el empleado o dependiente(s)  
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Empleador (si autoasegurado) o la compañía de seguros  
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Abogados para el empleador (si autoasegurado) o la compañía de seguros

Todos los Acuerdos para redimir responsabilidad deben ser sometidos en hojas proveídas por el Agencia.